Bitte das Anmeldeformular unterschrieben zurücksenden, faxen (0212/63-6005) oder per Mailanhang senden.

Herrn
Prof. Dr. med. W. J. Randerath
Krankenhaus Bethanien
Aufderhöher Str. 169
42699 Solingen

Anmeldeformular

zu unserem Kursangebot

„Das Rauchfrei-Programm“

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

Stadt: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Kurs-Daten:	13.01.2027,	10.02.2027
	20.01.2027,	17.02.2027
	27.01.2027,	03.03.2027
Telefontermine werden während des Kurses vereinbart		10.03.2027
Uhrzeit:	**16.30 Uhr -**	**18.00 Uhr**
Teilnahmegebühr:	**€ 200,00**	

Ich möchte an dem angebotenen „Rauchfrei-Programm“ im Krankenhaus Bethanien teilnehmen (bitte ankreuzen) ☐

.....
Unterschrift des Teilnehmers

Bitte beachten Sie die Teilnahmebedingungen auf dem beiliegenden Blatt!